

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

867
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DE GABRIELLI

Né le 8 mai 1928, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

195

**INCIDENCES DIGESTIVES
DES RETRODEVIATIONS UTERINES
ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL**

Président : M. LACOMME, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DE GABRIELLI

Né le 8 mai 1928, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

195

**INCIDENCES DIGESTIVES
DES RETRODEVIATIONS UTERINES
ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL**



Président : M. LACOMME, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	SICARD (A.)
Beaujon	QUÉNU (J.)
Cochin	MÉNÉGAUX (G.)
Hôtel-Dieu	MOULONGUET (P.)
Salpêtrière	MERIE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	MONOD (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	DE GENNES (L.)
Bichat	MOREAU (R.)
Broussais	BARIÉTY (M.)
Cochin	DEBRAY (C.)
Hôtel-Dieu	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	BOULIN (R.)
Clinique médicale propédeutique	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	LACOMME (M.)
Clinique de neuro-chirurgie	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOL (P.)
Baudelocque	RENARD (G.)
Port-Royal	AUBIN (A.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	BERNARD (E.)
Clinique ophtalmologique	HEUYER (C.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	COSTE (F.)
Clinique psychiatrique infantile	DECHAUME (M.)
Clinique de puériculture	SÉNÈQUE (J.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	LEMAIRE (A.)
Clinique stomatologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique thérapeutique médicale	

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie . . .	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Neurologie . . .	{ LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.)
Anatomie pathologique . .	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOLYGOU (Ch.)	Obstétrique . . .	{ MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Bactériologie . .	{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> CHRISTOL (D.)	Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) DESIGNES (P.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)	Orthopédie . . .	{ JUDET (R.)
Biologie médicale	{ BOURLIÈRE (F.)	Oto-rhino- laryngologie . . .	{ AUBRY (M.) MADURO (R.) BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.)
Dermato- Syphiligraphie .	{ DUPERRAT (F.)	Parasitologie . . .	{ ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.)
Embryologie . .	{ TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	Pathologie chirurgicale . . .	{ FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Histologie . . .	{ COUJARD (R.) N... N...	Pathologie expérimentale . .	{ LOEPER (J.) MAURICE (P.)
Hydrologie . . .	{ CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail . . .	{ ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	{ DAVID (M.)		

	MM.		MM.
Pathologie médicale	BOLIDIN (G.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOUVIER (J.-B.)		LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRICAIRE (H.)	Physiologie . . .	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRISSAUD (H.)		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CASTAIGNE (P.)		DEJOURS (P.)
	CONTE (M.)	Physique médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEROT (M.)		GOUGEROT (L.)
	DOMART (A.)	Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
	LAMOTTE (M.)		PICHOT (P.)
	LAROCHE (C.-P.)	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
	MACREZ (Cl.)		DELBARRE (F.)
	MILLIEZ (P.)	Stomatologie .	CERNÉA (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)		CHAPUT (Mme A.)
	PERRAULT (M.)	Thérapeutique .	CHASSAGNE (P.)
	RAMBERT (P.)		KUSS (R.)
	ROYER (P.)		
	THIEFFRY (St.)		
	TURIAF (J.)		
Pédiatrie	WOLFROMM (R.)		
	N...		
	JOSEPH (R.)		
	MOZZICONACCI (P.)		
	POLONOVSKY (Cl.)		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . .	MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		
	LÉGER (L.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)		
Clinique médicale	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique . .	LAPLANE (R.)
	DREYFUS (Gilbert)		
	HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	KOURILSKY (R.)		
Clinique neurologique . .	MARCHAL (G.)	Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)
	DE SÈZE (S.)		

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÈVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LACOMME

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à l'Hôpital Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand bonheur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANVIN

*Qui nous a inspiré cette thèse et nous
a fourni les éléments nécessaires à son
élaboration.*

*Qu'il veuille recevoir ici l'expression
de notre profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE LORIER

Qu'il soit assuré de notre fidèle et respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRAULT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOLLARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR JUSTIN-BESANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMOTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOLGERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR RUBENS-DUVAL

INTRODUCTION

Les troubles digestifs qui accompagnent les affections de l'appareil génital féminin sont connus depuis l'Antiquité; mais le lien qui les unit est encore actuellement peu connu et comme nous le verrons, nous en sommes encore réduits à des hypothèses.

Quant aux troubles digestifs eux-mêmes, on en retrouve déjà quelques descriptions chez d'anciens auteurs; mais c'est à HUET et ses collaborateurs que revient le mérite de les avoir mis en valeur.

Plus récemment, le Professeur LOUROS, d'Athènes, a attiré l'attention « sur la part importante et curieusement mésestimée » que prennent les anomalies topographiques de l'utérus dans l'étiologie des troubles digestifs, en particulier d'ordre hépato-biliaire.

C'est sur ce dernier point que nous voudrions insister, et nous citerons quelques observations qui nous ont paru intéressantes de troubles digestifs coexistant avec une rétrodéviatio utérine et s'améliorant avec le traitement de celle-ci.

CHAPITRE I

Après avoir rappelé brièvement quelques notions pathogéniques concernant ces rétroversions, nous verrons quels sont les troubles digestifs qui les accompagnent.

- La rétroflexion congénitale vraie est exceptionnelle.
- La rétroflexion de la puberté, liée à une insuffisance de développement utéro-vaginal, est déjà plus fréquente.
- *En règle, la rétroflexion est acquise :*

- Parfois manifestement secondaire à des pressions ou des tractions extrinsèques, par des tumeurs ou des adhérences inflammatoires.

La salpingite entraîne souvent une rétrodéviation en refoulant par sa masse le col en avant, d'autre part et surtout par le processus de rétraction des adhérences inflammatoires qui attirent le fond utérin en arrière et l'empêchent de revenir normalement en avant quand la vessie se vide. Enfin, la paramétrite postérieure agirait en relâchant les ligaments utéro-sacrés.

- Plus souvent, la rétroversion paraît primitive et semble relever d'une hypotonie de l'utérus et de ses ligaments. A l'occasion d'un effort, de la déplétion vésicale aussi, des anses intestinales pénètrent dans la fosse vésico-utérine. A partir de ce moment, toute augmentation de la pression intra-abdominale agira sur la face antérieure de l'utérus et tendra à en accentuer la rétrodéviation.

De ces rétrodéviations primitives, il faut distinguer deux catégories :

- les post-puerpérales;
- et celles des nullipares.

1. Les rétrodéviations post-puerpérales sont très fréquentes (environ les deux tiers des cas) « car le post-partum immédiat met l'utérus dans des conditions de plasticité, de malléabilité toutes spéciales à la faveur desquelles il peut s'affaïsser, se déformer, se couder ou de dévier », en particulier lorsque l'involution utéro-ligamentaire traîne et on sait que l'infection même légère ralentira cette involution.

Si l'infection facilite la rétrodévation, inversement la rétrodévation facilite l'infection qui se développera mieux dans l'utérus dévié, au risque de gagner les trompes, le péritoine pelvien, le paramètre et de créer des adhérences qui augmenteront et fixeront cette position vicieuse.

Au total, il est permis de dire que sur cent accouchées primipares, deux ou trois conserveront à la suite de leurs couches une rétrodévation.

Naturellement, le terrain asthénique y prédispose sans aucun doute. On signale le rôle possible de l'anté-fixation du col par des cicatrices obstétricales.

2. Les rétrodéviations non obstétricales ne représentent que le tiers des cas : dans les antécédents, on relève une longue maladie avec décubitus dorsal prolongé; la constipation; divers métropathies; mais là encore ce qui est le plus apparent c'est l'asthénie avec toutes ses manifestations, en particulier les ptoses viscérales.

* * *

L'aspect de l'utérus est variable.

Dans la rétroflexion congénitale, l'ensemble de l'appareil génital est relativement atrophié : le corps est petit, rétrofléchi, avec un angle aigu entre l'axe du col et celui du corps.

Dans les rétrodéviations acquises, l'utérus est habituellement gros, pesant, congestionné. Il existe souvent une véritable ligne de démarcation entre la face antérieure, de coloration normale, et la face postérieure, de teinte aubergine. Les parois sont souvent inégales, la paroi postérieure s'amincissant au niveau de la coudure.

Dans la rétroversion récente, l'utérus reste mobile, mais plus tard les perturbations vasculaires entraînent des troubles trophiques avec tendance à la sclérose, et la position anormale de l'utérus se reproduit dès qu'on cesse de maintenir sa réduction.

Quant à l'endomètre, il est hyperplasié. Certains auteurs voient dans cette modification une trace de l'hyperfolliculinie relative, d'autres avec DELBET estiment que la biopsie d'endomètre est d'interprétation délicate en raison des perturbations vasculaires et de l'œdème utérin, et en rapprochent l'épaississement du péritoine qu'on observe couramment au voisinage du pli de flexion.

Souvent les veines des ligaments larges sont dilatées en un véritable varicocèle pelvien, phénomène que certains attribuent à la gêne circulatoire créée par la rétrodévation, que d'autres regardent comme l'une des multiples manifestations de l'hypotonie générale.

Les ovaires basculent aussi fréquemment avec l'utérus et viennent se placer sur les côtés ou en arrière de l'utérus; ils sont souvent scléro-kystiques.

Les trompes sont congestionnées et épaissies, souvent oblitérées.

Les ligaments ronds sont étirés et faibles, surtout dans leur partie externe.

En fait, il n'importe pas beaucoup cliniquement que les rétrodéviations soient congénitales ou non, secondaires à un accouchement ou à une infection annexielle, il est bien plus important qu'elles soient accompagnées d'adhérences inflammatoires ou non, ces dernières étant dues pour le Professeur

LOUROS « au frottement du corps utérin sur le péritoine pelvien ».

Quand il existe des lésions inflammatoires, l'utérus métrique est rouge et volumineux. Ses parois sont épaissies, le col hypertrophié. La muqueuse utérine est atteinte d'endométrite ulcéreuse ou polypeuse, les lésions de métrite étant toujours plus accentuées vers le fond de l'organe.

Les altérations péri-utérines sont encore plus importantes : les annexes sont enflammées et l'on peut observer toutes les formes de salpingo-ovarite, depuis les simples lésions de salpingite catarrhale jusqu'aux pyosalpinx et aux suppurations pelviennes.

En outre, des adhérences se sont créées : les adhérences péritonéales, reliquat des réactions de pelvi-péritonite localisée, sont très variables dans leur aspect et dans leur localisation ; elles peuvent recouvrir l'utérus sous forme d'exsudats filamenteux, ou réaliser en vieillissant des brides fibreuses plus ou moins résistantes.

D'autres fois, elles se localisent ou prédominent dans le Douglas : elles forment une nappe d'adhérences courtes et solides qui fixent étroitement l'utérus en position vicieuse, ou l'unissent aux organes voisins.

La rétraction inflammatoire intéresse aussi les tissus sous-péritonéaux et péri-utérins, déterminant des rétractions secondaires.

Les organes voisins présentent des modifications :

- la plus importante est la profondeur anormale du Douglas dans lequel l'utérus trouve une loge prête à le recevoir ;
- d'autre part, on trouve souvent un certain degré de proplasus génital, ou tout au moins de déroulement de la paroi vaginale antérieure avec amorce de cystocèle.

CHAPITRE II

TROUBLES DIGESTIFS

La coexistence de troubles digestifs et de rétroversion peut ne pas être fortuite, mais il faut reconnaître qu'il est souvent difficile d'en donner une explication satisfaisante, d'autant plus que le fonctionnement ovarien est lié intimement à celui des autres glandes endocrines et à celui du système neuro-végétatif.

Il nous a semblé — à la suite de notre Maître LANVIN — qu'on pouvait ranger les troubles digestifs sous trois rubriques :

- les troubles probablement mécaniques : la constipation en premier lieu;
- les troubles liés au terrain poly-ptosique et qui sont essentiellement gastro-coliques;
- enfin ceux dont l'origine hyperfolliculinique semble plausible : les troubles hépato-biliaires.

Cependant nous avons cru plus simple, pour éviter les répétitions et les étudier sans idée préconçue, de procéder organe par organe. L'étiologie demeurant souvent incertaine (par exemple le facteur mécanique puisqu'on a vu des rétro-déviationes très importantes ne s'accompagner d'aucun trouble). Ce n'est en fait que la disparition des troubles digestifs après la cure de la rétroversion qui affirme le lien qui les unissait.

Nous retiendrons d'emblée l'importance du terrain sur lequel s'observent ces rétro-déviationes. « Il s'agit de femmes

présentant une laxité ligamentaire généralisée, avec hypotonie musculaire et ptoses viscérales fréquentes, en particulier rénale, colique, gastrique. »

TROUBLES GASTRIQUES

Souvent il s'agit d'une sensation de plénitude gastrique anormale avec digestions lentes s'accomplissant difficilement. Au début, ce gonflement est seulement post-prandial, mais il tend à devenir constant, s'accompagnant d'une aérogastrie et d'une aérocolie qui, en refoulant le cœur par l'intermédiaire du diaphragme, détermine des crises de bradycardie paroxysmique.

A la radioscopie, on trouve des images de blocage gazeux du type observé au cours de l'ileus dynamique.

Les vomissements sont plus rares. C'est en général un simple état nauséux réveillé par les secousses, les longues stations debout, la fatigue.

Les troubles gastriques comportent d'ailleurs quelques anomalies radiologiques : *ptose gastrique* objectivée par l'abaissement du cardia et du pylore, l'allongement gastrique et l'atonie. Enfin l'augmentation de ses dimensions moyennes.

Ces malades sont souvent mélancoliques, instables, anorexiques, et ce dernier trouble aggrave leur amaigrissement qui augmente la ptose. Comme pour la rétrodéviation, tous ces troubles sont aggravés par la station debout.

Parfois il s'agit de régurgitations acides, de sensations de brûlure épigastrique. Ces sensations sont souvent objectivées par un reflux anormal du contenu stomacal dans l'œsophage, traduisant la *hernie hiatale*. Cette dernière anomalie serait assez fréquente chez les femmes dont l'utérus est en position rétroversée.

Parfois encore, il s'agit de *douleurs* qui, par leur horaire ou leur intensité, peuvent simuler un ulcus gastrique ou duo-

dénal. Mais à l'inverse de ces derniers, on n'observe pas le rythme si particulier avec ses crises douloureuses de quelques semaines séparées par des accalmies de longue durée. Ici au contraire, la douleur est intermittente, irrégulière, capricieuse, souvent en rapport avec le cycle menstruel.

Bref, ces troubles réalisent un ensemble qui peut orienter soit vers l'hypothèse d'une lésions gastro-duodénale organique, de type ulcéreux ou cancéreux, soit faire porter le diagnostic de dyspepsie, à type plus volontiers hyposthénique et hypochlorhydrique. Pour peu que ces malades témoignent de quelque nervosité, qu'elles se plaignent d'autres troubles sans systématisation (douleurs diffuses, palpitations, lipothymies), l'on est enclin à en faire de simples névropathes jusqu'au jour où la découverte de la rétroversion et sa cure est suivie d'une amélioration des syndromes dyspeptiques que n'avaient pu obtenir les traitements digestifs.

TROUBLES COLIQUES

La constipation est de règle pour le Professeur LOUROS qui l'attribue en premier lieu à la pression mécanique exercée par l'utérus rétroversé sur le sigmoïde.

En général, la constipation est opiniâtre, persistante en l'absence de traitement, mais elle tend à s'améliorer spontanément au moment des règles.

Elle s'accompagne de sensation de plénitude, de légères crises douloureuses iliaques droites terminées par d'abondantes émissions gazeuses, d'aérophagie, de fétidité de l'haleine lors des périodes de rétention plus marquée et d'un état de fatigue assez spécial avec céphalées et vertiges.

La constipation peut se compliquer de côlite ou apparaît la diarrhée. La répétition de ces épisodes colitiques pouvant entraîner à la longue un amaigrissement et une asthénie

remarquables, souvent de l'anémie, des troubles psychiques de type dépressif.

Enfin certaines rétroversions compliquées d'adhérences multiples s'accompagnent de péri-sigmoïdite et de méso-sigmoïdite.

Si les troubles dont nous venons de parler orientent vers une pathologie colique, d'autres fois il s'agit d'une symptomatologie moins évocatrice :

- *ulcéreuse* avec troubles dyspeptiques, douleurs épigastriques, spasmes pyloriques, aérophagie;
- *cardiaque* avec angoisse, palpitations, tachycardie, extrasystoles;
- *urinaire* avec douleurs lombaires, colibacillurie.

Ailleurs, on sera orienté vers une appendicite ou une atteinte hépato-vésiculaire avec nausées, douleurs sous-hépatiques, gros foie et subictère.

On a signalé encore des métrorragies solitaires, des côlites muco-membraneuses.

Mais s'il existe un segment intestinal plus particulièrement intéressé par la rétroversion, c'est le colo-rectum, et l'on retrouve fréquemment les éléments du syndrome rectal inférieur (ténisme, faux-besoins).

Le mécanisme de ces différents troubles n'est pas unique :

- dans certains cas, tout paraît expliqué par une action mécanique de *compression*;
- il est d'autres cas où *l'inflammation de voisinage* rend compte de la propagation infectieuse : ce sont les cas de typhlite ou d'appendicite — peut-être de colopathies muco-membraneuses — secondaires à des inflammations annexielles ou péri-annexielles.

Ces causes étant éliminées, trois mécanismes paraissent pouvoir être en jeu pour expliquer ces phénomènes :

— *Le mécanisme nerveux* paraît très vraisemblable : la clinique nous apprend que chez des femmes souffrant de douleurs épigastriques au cours d'une douglassite, la simple palpation du Douglas suffit à réveiller la douleur épigastrique. Les hémorragies intestinales et gastriques doivent reconnaître cette origine : il est donc vraisemblable qu'elles relèvent d'un mécanisme d'irritation ou de compression du sympathique assez intense pour diffuser à d'autres territoires que le territoire pelvien.

— Un *mécanisme hormonal* peut-il être invoqué puisque différents auteurs ont mis en évidence une hyperfolliculinie au cours de la rétroversion ?

En effet :

LANVIN et TRÉVOUX effectuant des frottis chez les femmes porteuses d'une rétrodéviatiou utérine, constatent un aspect assez univoque d'hyperfolliculinie — qu'il s'agisse d'une hyperfolliculinie en plateau ou à recrudescence pré-menstruelle.

TOUSSAINT, par l'étude de la glaire cervicale, la biopsie d'endomètre, l'étude macroscopique et microscopique de l'ovaire, conclut qu'il existe presque constamment un déséquilibre œstro-progestatif caractérisé par une alutéinie avec en général absence d'ovulation.

LOUROS, qui attache « beaucoup plus d'importance à la biopsie qu'aux dosages des œstrogènes dans les urines, et aux examens de frottis vaginaux qui ne sont pas toujours d'accord avec la réalité des faits », estime quant à lui que l'aspect endométrial est typiquement hyperfolliculinique.

Les troubles intestinaux peuvent-ils dès lors être rattachés à l'hyperfolliculinie ? L'expérimentation est fort contradictoire puisque :

BADJILKAS et KLIMENKOWA, en opérant sur une anse intestinale isolée, prélevée sur un chat, ont constaté sous l'influence de la folliculine une augmentation du tonus avec diminution du nombre des contractions.

LOEPER, LEMAIRE et TAUZIN ne constatent par contre aucune modification de la motricité intestinale.

DAWSON et ROBSON, avec un œstrogène de synthèse, notent la disparition des contractions spontanées et du tonus de l'anse intestinale.

Inversement, TSUTSULOPOULOS, en injectant de la folliculine dans le muscle intestinal de l'animal d'expérience, obtient une augmentation du tonus grêle et colique.

SELYE obtient des ulcérations intestinales par injection de folliculine.

CHIRAY et ses collaborateurs montrent qu'*in vitro* la folliculine fait tomber le tonus et arrête les contractions pendulaires du côlon; et qu'*in vivo* l'œstradiol injecté au chien diminue le tonus et les contractions intestinales.

VOET observe une diminution du calibre du côlon.

A ces étiologies nerveuse et hormonale des troubles coliques, quelques auteurs ajoutent les perturbations hépato-biliaires que nous allons maintenant examiner.

LES ACCIDENTS HEPATO-BILIAIRES

Les accidents hépato-biliaires sont particulièrement notables au cours de la rétroversion. On les classe selon leur intensité en :

— *Syndrome aigu* : il s'agit de crises douloureuses violentes de l'hypochondre droit (atteignant parfois l'intensité de véritables crises de colique hépatique) qui s'accompagnent de vomissements bilieux et d'une intolérance gastrique absolue. A l'examen, le foie est gros et sensible, spontanément et à la palpation. Il peut déborder les côtes de plusieurs travers de doigt.

La diarrhée et le subictère sont fréquents.

On retrouve constamment dans les urines de petites quantités de pigments et de sels biliaires.

En général, ces phénomènes apparaissent trois ou quatre jours avant le début des règles, plus rarement deux jours ou la veille, et cessent brusquement avec l'apparition du flux menstruel. Parfois, au contraire, ils apparaissent au milieu du cycle. Après la crise, le foie reprend ses dimensions normales.

Ces douleurs peuvent être liées à la présence de calculs mais le fait est rare. Les cholécystostomies ou cholécystectomies pratiquées n'ont pas amélioré ces malades alors que le traitement de la rétroversion associé au traitement hormonal est généralement curateur.

— *La poussée congestive hépatique* est un équivalent mineur du syndrome précédent. Survenant dans les mêmes conditions, elle se traduit par un endolorissement de la région hépatique. Le foie est palpable et il peut y avoir une participation vésiculaire.

Plus simplement, il peut s'agir d'une pesanteur de l'hypochondre droit, d'une tendance nauséuse. Les matières sont relativement décolorées et on note la présence d'urobiline et de pigments biliaires dans les urines. Les tests fonctionnels attestent le fléchissement des propriétés antitoxiques du foie.

— *L'ictère véritable*, avec décoloration des selles et décharge pigmentaire urinaire, s'observe rarement à l'état cyclique pur (FODOR).

Par contre, le subictère pré-menstruel est fréquent comme corollaire d'une poussée congestive hépato-vésiculaire.

Les phénomènes vésiculaires sont eux aussi d'une particulière fréquence, qu'il s'agisse de phénomènes douloureux aigus, dont l'expression majeure est la crise de colique vésiculaire, ou de troubles moins typiques qui se manifestent principalement par des symptômes secondaires extra-vésiculaires qui dominent la scène, tandis que les symptômes fondamentaux vésiculaires demandent à être recherchés : douleurs épigastri-

ques parfois liées à un spasme pylorique, banale dyspepsie, diarrhée post-prandiale, petites poussées d'angiocholite sub-aiguë. Ailleurs, tout se résume à une sensation de gêne sous-hépatique avec irradiations vers l'omoplate et l'épaule. Les épreuves radiologiques ou manométriques objectivent des désordres fonctionnels de l'arbre biliaire, tous les types dyskinétiques décrits (CHIRAY - CHABROL - CAROLI) peuvent être rencontrés.

— TRIANTAFILLOPOULOS s'est efforcé de prouver que ces troubles hépato-vésiculaires n'étaient pas pure coïncidence au cours de la rétroversion, et que l'amélioration clinique qui suit la cure de la rétroversion se traduit par une amélioration simultanée des tests hépatiques.

Pour cette étude, il a fixé son choix sur les réactions de floculation et il lui a semblé que la réaction de HANGER à la céphaline cholestérol répondait particulièrement bien, parce que sa fidélité en fait un des tests les plus certains de l'insuffisance fonctionnelle du foie, et que sa sensibilité permet de parler de déficience hépatique avant que les signes cliniques aient fait leur apparition. Mais il n'a pas négligé pour autant le test au Thymol de MAC LAGAN, le test à l'or colloïdal de GRAY et le test au véronal de JOACHIMOGLU.

A titre complémentaire, il a pratiqué l'examen de la vitesse de sédimentation, du temps de saignement, de l'urobilinurie et de la bilirubinémie.

Il a constaté ainsi que, de toutes les réactions, celle de HANGER était la première perturbée et qu'elle l'était parfois même en l'absence de tout signe clinique hépatique; mais qu'elle ne dépassait en général le stade ++ restant le plus souvent cantonnée à +.

« Cette positivité se rencontre surtout dans des réflexions ayant contacté des adhérences péri-sigmoïdiennes et beaucoup plus rarement dans les rétrodéviations franchement mobiles. Enfin, elle va presque toujours de pair avec un état folliculinique hyperhormonal de la muqueuse endométriale. »

Après ligamentopéxie, les réactions de floculation redeviennent rapidement négatives, le plus souvent même dans le mois qui suit l'intervention.

Du temps de saignement et du signe du lacet, il ne tire pas de conclusions, mais il note que la vitesse de sédimentation dans la rétroversion est presque constamment très accélérée, sans modifications de l'hémogramme.

Chez deux de ses malades, une bilirubinémie très augmentée revient à la normale après intervention.

Comment la rétroversion peut-elle créer ces troubles hépato-biliaires ?

LOUROS les explique « par la pression qu'exerce l'utérus rétrofléchi sur le colo-rectum, pression aggravés par les adhérences sigmoïdiennes ou pelviennes. Ainsi, la constipation et les troubles digestifs qui s'ensuivent pourraient finir par entraîner à la longue l'altération de la fonction hépatique ». De cette altération primitive résulterait une inondation de l'organisme par les hormones folliculaires puisqu'il est bien établi que le foie en est le lieu de désintégration. Il y aurait donc création d'une hyperfolliculimie alors même que la sécrétion de cette hormone resterait normale.

On sait d'ailleurs que dans les hépatites aiguës, il y a augmentation des œstrogènes urinaires, et que certains cirrhotiques présentent une gynécomastie avec signes de féminisation et de même augmentation des œstrogènes urinaires.

TRIANTAFILLOPOULOS, dans une série d'expériences faites par biopsies endométriales au vingt-quatrième jour, constate que l'endomètre revêt tous les types quand le fonctionnement hépatique est normal cliniquement et biologiquement, mais que dès que coexistent des troubles hépatiques, la muqueuse prend soit le type hyperfolliculinique pur, soit le type hyperfolliculinique lutéinique, avec une fréquence particulière de l'hyperplasie glandulo-kystique.

Il conclue que, si dans les rétrodéviations il y a souvent hyperfolliculie sans syndrome hépatique, il n'y a jamais syndrome hépatique sans hyperfolliculine, ces derniers malades guérissant par la ligamentopexie.

Inversement, d'autres auteurs voient l'origine des troubles hépatiques dans l'hyperfolliculinie. Cette hyperfolliculinie serait due à des troubles de la sécrétion ovarienne imputables aux perturbations vaso-motrices et au tiraillement des pédicules nerveux au cours de la rétroversion.

La folliculinie est-elle capable de léser le parenchyme hépatique ? et dans cette hypothèse, à quelle conclusion aboutit l'expérimentation ?

Certains auteurs parlent de surcharge graisseuse, voire de lésions parenchymateuses dégénératrices.

LOEPER, par contre, pense à une action lipotrope hépatoprotectrice.

PARHON (*Congrès de Vichy 1937, sur l'insuffisance hépatique*) observe que la folliculine, tout comme la thyroxine, vide le foie de son glycogène.

HUET pense que la folliculine doit agir sur le fonctionnement hépatique par l'intermédiaire du relai anté-hypophysaire, car, dit-il, « l'inhibition hypophysaire par les hormones stéroïques semble s'étendre non seulement aux gonadotrophines, mais à tout le lobe antérieur ».

Il fait toutefois remarquer plusieurs points :

- l'expérimentation utilise des doses considérables bien différentes de ce qui se produit en clinique humaine, en particulier dans la rétroversion;
- d'autre part, les tumeurs sécrétantes de l'ovaire ne provoquent pas de perturbations hépatiques majeures.

L'atteinte du parenchyme hépatique n'a donc jamais pu être prouvée, mais il en va différemment de l'action de la folliculine sur le conjonctif hépatique.

A priori d'ailleurs, et de par sa puissance sclérogène, l'atteinte du tissu conjonctif du foie par la folliculine pouvait être tenue pour possible.

De fait, BERTRAND et LEVY en ont fourni la preuve, rapportant huit observations de cirrhoses survenues en période ménopausique et qui, en l'absence de tout facteur toxique infectieux ou carentiel associé, paraissent relever d'un mécanisme endocrinien à peu près pur.

La physio-pathologie des troubles biliaires a aussi fait l'objet de nombreuses études. L'action de la folliculine est là encore controversée.

— Pour certains (BALTACEANO) freinatrice de la sécrétion biliaire. HUET a remarqué, chez les chiens à fistule biliaire permanente, une diminution nette de la sécrétion biliaire sous l'influence de la folliculine; il parle de terrain favorable à la production de calculs par son association à la stase vésiculaire. Cette dernière pourrait être due à l'inhibition d'une hormone hypothétique (LOEPER) la « cholécystokinétine » par la folliculine.

La même incertitude plane dans le domaine des modifications du tonus vésiculaire, canaliculaire et sphinctérien, qui aboutissent à la réalisation de ces dyskinésies biliaires aux multiples visages radio-manométriques dont le lien essentiel demeure en définitive la douleur.

La folliculine peut aussi agir par son action sur le système neuro-végétatif. Elle présente une action pharmacodynamique de type vagal, qui excite donc, à faible dose, l'évacuation du cholécyste, la tonicité de la voie principale et celle du sphincter d'Oddi.

A faible dose, au contraire, elle créerait une stase biliaire en amont en tétanisant le sphincter d'Oddi. Probablement cette notion de dosage explique-t-elle les controverses sur le mode d'action de la folliculine. De toute façon, en abaissant la calcémie, elle renforce le tonus vagal et l'hyperexcitabilité neuromusculaire.

Enfin, la folliculine provoque une augmentation de l'histaminémie (HERSCHBERG).

Cette hyperhistaminémie augmenterait le tonus vésiculaire et canaliculaire et rendrait compte de divers phénomènes allergiques.

Le même auteur a aussi montré en 1947 que quand il y a prédominance de la folliculine, liée à une hypolutéinie, il se produit une perturbation chimique spécifique qui libère des substances pathogènes douées d'une puissante action pharmacodynamique, en l'occurrence de l'acétyl-choline, ce qui expliquerait en partie l'état vagotonique des rétroversées.

Si ces modifications dues à l'hyperfolliculinie permettent de tenter d'expliquer les différents troubles digestifs que nous avons passés en revue, il est par contre certains auteurs qui doutent de la réalité de l'hyperfolliculinie au cours de la rétroversion. Ils font remarquer que quand on étudie la biopsie de l'endomètre, ou les frottis vaginaux, on observe au niveau de la muqueuse utérine, ou au niveau de la muqueuse vaginale, l'action de la folliculine. Or, CHAMPY et COUJARD nous ont appris que le système sympathique terminal se comportait comme un intermédiaire indispensable entre les hormones morphogènes et les transformations tissulaires qu'elles provoquent. Ainsi, l'excitation du sympathique terminal, réalisé suivant divers modes, chez l'animal castré, reproduit fidèlement les modifications morphologiques des hormones génitales. Ces faits expérimentalement démontrés et rapprochés de ceux que MORICARD a décrits sous le nom de troubles de réceptivité, nous montrent à l'évidence que le facteur hormonal n'est pas le seul à pouvoir entraîner certaines manifestations.

Au cours de la rétroversion, il est certain qu'il peut y avoir, du fait des phénomènes congestifs et des tiraillements des pédicules nerveux, une hyperréceptivité des organes sur laquelle on se fonde pour parler d'hyperfolliculinie.

Enfin, il nous faut aborder la question des douleurs à distance au cours des rétroversions (on ne peut évidemment parler

d'irradiation avant d'avoir éliminé par la clinique et la radio toute autre étiologie pouvant être rapportée au viscère en cause).

Elles sont particulièrement fréquentes quand il y a inflammation de voisinage ou compression de filets neuro-végétatifs pelviens. Elles se voient dans le cadre d'une rétroversion connue, mais aussi dans les rétroversions latentes où elles risquent d'égarer le diagnostic.

Nous laisserons de côté les indications dorso-lombaires et sacrées bien connues pour insister sur celles qui nous intéressent particulièrement parce que pouvant prêter à confusion avec des douleurs viscérales. Il s'agit surtout d'algies des régions vésiculaire et épigastrique.

- Les premières font penser à une atteinte vésiculaire vraie d'autant plus volontiers qu'elles s'accompagnent souvent d'une irradiation haute vers l'épaule droite.
- Les secondes orientent vers une affection du cardia.

Si, habituellement, il semble assez facile de différencier ces algies des troubles digestifs réels dont nous avons parlés, il est des cas où il est délicat de poser un diagnostic certain, d'autant que quelques auteurs ont insisté sur la tendance névropathique de ce genre de malade.

Hormis ce dernier cas, le traitement de l'un ou de l'autre syndrome reste le rétablissement de l'utérus dans sa position normale.

OBSERVATIONS

Dans les quelques observations que nous présentons, l'hystéropexie a été faite avec la technique de notre maître, Monsieur LANVIN, dont nous reproduisons le procédé; il s'agit d'une solide risation rétro-utérine des ligaments ronds, associés à un raccourcissement à peu près analogue à celui décrit par le professeur MOCQUOT.

Techniques opératoires :

Incision médiane sous-ombilicale ou Pfannenstiel.

PREMIER TEMPS :

- Exploration minutieuse de l'appareil génital, libération des adhérences, vérification d'une longueur et d'une élasticité suffisante des ligaments ronds.
- Ligature des ligaments ronds, à 2 centimètres de la corne utérine, entre 2 fils de lin.
- Ouverture de la partie supérieure du ligament large (comme dans le procédé de MOCQUOT).

DEUXIÈME TEMPS :

- A l'aide d'une pince de KOCHER courbe, on passe derrière l'utérus de dedans en dehors, sous les ligaments et pédicules utéro-ovariens, de façon à ressortir de chaque côté dans la brèche du ligament large qui a été faite dans le temps précédent.

TROISIÈME TEMPS :

- Les portions pariétales des ligaments ronds sont amenées sous les ligaments utéro-ovariens et elles sont solidarisées l'une à l'autre à la face postérieure de l'utérus. On ferme la brèche péritonéale du feuillet postérieur du ligament large en le solidarissant au ligament rond par un ou deux points au fil de lin.

QUATRIÈME TEMPS :

- Les ligaments ronds sont ensuite fixés à la face postérieure de l'utérus à l'union des $\frac{2}{3}$ supérieur et du $\frac{1}{3}$ inférieur par deux points au fil de lin.

CINQUIÈME TEMPS :

- Le segment du ligament rond qui reste libre est solidarisé au ligament rond homolatéral à sa sortie de la paroi abdominale.

Cette intervention peut être combinée :

- au procédé de PESTALOZZA, quand il y a tendance au prolapsus vésical, à moins qu'une grossesse ultérieure puisse être envisagée;
- à un raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ou
- à un *cloisonnement du Douglas* si celui-ci est particulièrement profond — ou à sa résection — il semble en effet que cette zone soit très réflexogène.

Quels sont les avantages de cette technique :

- elle est simple et donne des résultats durables;
- elle maintient l'utérus dans une position très proche de sa situation anatomique normale, et elle l'éloigne du Douglas;

- elle relève la trompe de l'ovaire (empêchant ainsi la couture de la trompe et la compression des pédicules);
- ne crée qu'une brèche péritonéale minime;
- elle donne un résultat solide, les ligaments ronds se trouvant en épaisseur double sur presque toute leur étendue.

Enfin : aucune complication post-opératoire à redouter, ne gêne ni la conception ni l'accouchement par les voies naturelles, ni les césariennes éventuelles, ne laisse pas de séquelles douloureuses.

* *

OBSERVATION N° 1 : Mme Marcelle Sti...

Il s'agit d'une femme suivie depuis six ans pour rétroversion douloureuse à la suite de son premier accouchement.

* Accouchement normal à huit mois. Suites de couches normales.

Se plaint depuis lors de douleurs pelviennes.

De plus :

- aérophagie, sensation de pesanteur apparaissant après les repas;
- quelques crises migraineuses.

Examen :

- rétroversion et rétroflexion;
- prolapsus discret d'un utérus gros, mou et douloureux.

Hystéropexie (selon le procédé de LANVIN) sans difficultés. Utérus libre, annexes saines.

Depuis :

- utérus en bonne position;
- les troubles digestifs ont disparu.

OBSERVATION N° 2 : Mme Pac..., vingt-six ans.

Vient pour douleurs abdominales basses depuis sept ans, surtout vives à gauche.

Nausées, intolérance digestive, constipation.

Examen :

- utérus augmenté de volume, rétroversé et rétrofléchi, dévié à droite;
- paramètre gauche un peu rétracté;
- pas de masses annexielles perceptibles.

Ligamentopexie, complétée par un cloisonnement du Douglas.

Un an après :

- utérus en bonne position;
- les douleurs et les troubles digestifs ont disparu.

OBSERVATION N° 3 : Mme Bel... Andrée, vingt-quatre ans.

Se plaint de douleurs post-prandiales ayant évoqué un ulcère gastrique. Constipation opiniâtre, sauf lors des périodes menstruelles.

Dysménorrhée et oligoménorrhée.

L'intervention faite le 20 janvier 1950 découvre une importante rétroversion, mobile, avec utérus congestif. Les trompes sont saines, mais les ovaires d'allure scléro-kystique.

Hystéropexie, cloisonnement du Douglas, résection cunéiforme des deux ovaires.

Depuis lors, la malade n'a plus présenté de troubles gastriques. Sa constipation s'est un peu améliorée.

OBSERVATION N° 4 : Mme Juw... Jeanine, vingt-deux ans.

Se plaint depuis son premier accouchement, en octobre 1955, de douleurs lombaires et abdominales.

Constipation importante, dyspareumie, pollakiurie.

A l'examen :

- cadre colique douloureux;
- hémorroïdes;
- utérus en rétroversion complète.

Tentative de traitement par mucilages, bismuth, etc. Aucune amélioration.

A l'intervention : utérus complètement basculé dans le Douglas qui est très profond. Il est marbré, non adhérent.

Les deux ovaires sont gros, scléro-kystiques, basculés dans le Douglas. Il existe un varicocèle important des ligaments lombo-ovariens des deux côtés, mais surtout à gauche. Ils disparaîtront d'ailleurs en grande partie à la fin de l'intervention.

Cloisonnement du Douglas par deux bourses au nylon fin.

Ligamentopexie selon la technique habituelle.

Ovariopexie aux ligaments ronds.

Depuis lors : disparition des douleurs abdominales, de la constipation, de la dyspareumie et de la pollakiurie.

OBSERVATION N° 5 : Mme Gat... Rosette, dix-neuf ans.

Accouchement en juillet 1952 de deux jumeaux.

Consulte quelques mois plus tard pour douleurs pelviennes (apparues après l'accouchement) avec irradiations lombaires; douleurs intermittentes, mais survenant particulièrement au moment des règles.

Se plaint de constipation, d'intolérances digestives, de dyspepsie, d'anorexie globale.

— A l'examen : rétroversion mobile.

Essai de traitement par le port d'un pessaire.

Finalement, intervention le 24 décembre 1953 :

- utérus rétroversé, mobile;
- ovaire gauche kystique;
- ovaire droit sain.

Hystéropexie selon la technique habituelle, associée à une résection du N. pré-sacré.

Depuis l'intervention : disparition de la dyspepsie (la constipation n'a été que partiellement améliorée), les douleurs pelviennes sont devenues peu importantes.

OBSERVATION N° 6 : Mme Paw... Sophie, trente et un ans.

Vient consulter pour dyspareunie, douleurs de la fosse iliaque droite le quatorzième jour après les règles, constipation opiniâtre (avec rémission au moment des règles), ballonnement post-prandial, gastralgies à type de brûlure.

A l'examen : corps utérin gros et fixe.

Intervention le 21 août 1957 selon la technique habituelle. Les deux ovaires sont scléro-kystiques, en particulier le gauche. Cloisonnement du Douglas.

Depuis l'intervention : disparition totale des troubles digestifs. Seul l'ovaire gauche reste un peu sensible. Les règles sont normalisées.

OBSERVATION N° 7 : Mme Nor... Suzanne.

Consulte pour oligoménorrhée-dysménorrhée. Se plaint de douleurs de l'hypochondre droit, à type de pesanteur avec nausées, intolérance digestive.

A l'examen : point de Murphy net.

Ces troubles hépato-biliaires sont surtout nets au moment des règles, s'associant à des céphalées et à une tension mammaire importante.

Intervention : utérus en rétroversion complète, les trompes sont saines, les deux ovaires congestifs et microkystiques.

Le Douglas est particulièrement profond.

On le cloisonne par une bourse et on procède selon la technique habituelle.

Depuis l'intervention : amélioration importante des troubles digestifs et des céphalées.

De toute façon, il semble que la ligamentopexie facilite ultérieurement l'action du traitement hormonal.

En diminuant l'asthénie et les troubles digestifs des malades, elle leur permet de faire disparaître leur amaigrissement et d'améliorer ainsi leurs ptoses. L'intervention rompt ainsi un cercle vicieux.

CONCLUSION

La rétroversion s'accompagne assez souvent de troubles digestifs.

— Certains n'ont aucun rapport avec elle.

— D'autres sont exacerbés par la rétroversion.

— Les plus nombreux enfin lui sont intimement liés.

Parmi ces derniers nous croyons pouvoir distinguer :

- 1° les troubles d'origine mécanique, en premier la constipation;
- 2° les troubles qui font partie d'un tableau de ptoses multiples associées et qui sont essentiellement des perturbations gastriques de coliques;
- 3° les troubles qui sont imputables aux troubles hormonaux de la rétroversion : il s'agit surtout de troubles hépatovésiculaires. Ceux-ci déterminant à leur tour diverses perturbations, en particulier d'ordre migraineux.

En conclusion, la rétroversion comporte des incidences digestives plus nombreuses et plus complexes qu'apparemment.

Il nous semble, dans ces conditions, que les indications du traitement chirurgical peuvent être étendues, surtout quand le rétablissement de l'utérus dans sa position normale est fait avec une méthode aussi valable que celle qu'a proposé notre Maître, M. LANVIN.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LACOMME •

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris : •
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ACHITOUV. — Influence réciproque entre les troubles des sécrétions internes et ceux de l'appareil digestif. (*Progrès Médical*, 15 février 1927, n° 5, pp. 220 à 224.)
- ALBEAUX-FERNET. — Métabolisme intermédiaire des hormones sexuelles chez la femme. (*Strasbourg Médical*, 11 novembre 1952, 3, pp. 801 à 817.)
- ALBEAUX-FERNET et LOUBLIÉ (G.). — Le caractère électivement pré-mensuel des manifestations hépato-vésiculaires. (*Bulletin de l'Association d'Etudes Physio-Pathologiques du Foie et de la Nutrition*, 1946, pp. 109 à 117.)
- AMELINE (A.). — Rectum et côlon pelvien en gynécologie. (*Semaine des Hôpitaux*, 18 juin 1952.)
- BADJILKAS et KLIMENKOWA. — Influence des préparations hormonales ovariennes sur la mobilité de l'intestin grêle du chat. (*Berichte über die Gesamte Physiologie und Experimentelle Pharmacologie*, 1929, t. 49, 404.)
- BALTACÉANO et coll. — Action de la folliculine sur la sécrétion biliaire. (*C.R. Société Biologie*, 21 juin 1934.)
- BASTENIE, DESNEUX et KOWALEWSKI. — Clinique, physio-pathologie et thérapeutique endocrine gastro-duodénale. (*Acta Gastro-Enterologica Belgica*, octobre 1946, vol. 9, fasc. 8, pp. 465-471.)
- BAUMEL, FACIO, BONNET. — Inter-réactions gonado-hépatodigestives. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 2-6 septembre 1955.)
- BÉCLÈRE. — L'hyperfolliculinie certaine en gynécologie. (*Gynéc. Prat.*, 1952, p. 267.)

- BERNARD (M.A.). — Les troubles digestives secondaires à l'hyperfolliculinie. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, n° 12, pp. 56 à 61.)
- BINET (M.E.), JAHIEL (R.). — Le syndrome hépato-endocrinien. (*Cahiers de Gastro-Entérologie*, 1934.)
- BONACÉRA (M.). — Etat de l'endomètre dans la rétroflexion utérine. (*Acta Gynecol.*, 1952, 3, n° 1, 43-49.)
- BORY et PARDON. — Etude critique de l'hyperfolliculinie. (*Gynec. et Obst.*, 1952, p. 450.)
- BRETÈCHE (J.). — Le terrain dans les rétrodéviations utérines. (*Gynécologie Pratique*, 1951, tome 2.)
- CHARBONNIER (A.), CLÉMENT (D.). — Rôle du foie dans le métabolisme des œstrogènes. (*Revue Intern. d'Hépatologie*, 1952, 2, 1, 115.)
- CHAUMERLIAC (H.). — Contribution à l'étude des manifestations digestives de l'hyperfolliculinie. (*Acta Gastro-Enterologica Belgica*, août-septembre 1948, vol. II, fasc. 7, pp. 386 à 396.)
- CHIRAY-MOLLARD et MASCHAS. — Syndromes digestifs de pathologie hormonale. (Maloine, 1944.)
- Régulation neuro-hormonale. (Paris, Baillière, 1946.)
 - *Gazette Médicale de France*, septembre 1941.
 - Rôle des perturbations endocriniennes dans les spasmes vésiculaires et gastro-intestinaux. (*Presse Médicale* du 13 août 1941.)
 - *Société Médicale des Hôpitaux*, 1941.
 - *Presse Médicale*, 1943.
 - *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, février 1943.
 - *Presse Médicale*, 1940.
- CHOUINARD (G.). — Contribution à l'étude des manifestations viscérales de l'hyperfolliculinie. (*Thèse, Paris*, 1939, n° 477.)
- COLLIP. — The endocrines in relation to the gastro-intestinal tractus. (*American Journal of Digestion Diseases*, novembre 1938, t. V, n° 9, p. 587.)
- DAVIES (J.W.). — Rétroversion congénitale de l'utérus due à un côlon sigmoïde anormalement situé. (*J.A.M.A.*, 27 février 1954, n° 9.)

- DERECQ. — Constipation en gynécologie. Défense médicale.
- DUBARRY et RIVIÈRE. — *Revue Internat. d'Hépatologie*, 1952, 2, 1, 196.
- DUBARRY (J.J.) et VÉRIN. — Troubles biliaires des dysovaries. (*Congrès Européen de Gastro-Entérologie*, Madrid, 5 mai 1950.)
- DUPONT. — *Thèse*, Paris, 1909.
- DAVY. — *Thèse*, Montpellier, 1919.
- FINCK. — Sur quelques rapports entre les affections gastro-intestinales et les organes sexuels féminins. (*Medizin. Klinik.*, 17 novembre 1939, t. 35, n° 46, p. 1480.)
- FIRKET et BETZ (A.). — Données récentes sur l'anatomo-physiologie des glandes endocrines dans leurs rapports avec les lésions inflammatoires et nécrotiques du tube digestif. (*Acta Gastro-Enterologica Belgica*, juin 1949, pp. 27 à 86.)
- FINDLEY. — *Ann. Journ. Obst.*, 1949, pp. 762 à 819.
- FORGUES et MABBABUEAU. — *Revue Gynécologique et Chirurgicale*, février 1910.
- GAEHLINGER. — Constipation et gynécologie. (*Paris Médical*, 14 avril 1951.)
- GAEHLINGER et CASTAIGNE (P.). — Constipation et hormones génitales féminines. (*Journal Médical Français*, août 1946, n° 8, pp. 216 à 221.)
- GARSON. — Contribution à l'étude des perturbations cytologiques et hormonales de la sphère génitale secondaire aux rétroversions utérines. (*Thèse*, Paris, 1955, n° 424.)
- GELLER. — *Thèse*, Paris, 1953.
- GESSLER (Carl). — Emploi des hormones de l'ovaire dans le traitement des syndromes digestifs. (*Acta Gastro-Enterologica Belgica*, octobre 1946.)
- GHAZAROSSIAN. — Contribution à la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique.
- GLEIZE-RAMBAL. — Possibilités de la physiothérapie endocrinienne en pathologie digestive. (*Sud Médical*, 31 juillet 1946.)

- GUTZEIT. — Endocrinologie et troubles gastro-intestinaux. (*Medizin. Klinik.*, juillet 1935, p. 901.)
- HERSCHBERG. — L'hyperfolliculinie en médecine générale, pp. 136 à 150, dans « De la puberté à la ménopause, problème d'endocrinologie clinique ». (Masson édit., 1948.)
- HUET (J.A.) et coll. — Le syndrome hépato-ovarien. (Paris, Expansion Scientifique Française, 1950.)
- HUET et GODLEWSKI (Guy). — Les manifestations cliniques du syndrome hépato-ovarien. (*Société Médicale des Hôpitaux Libres*, 3 octobre 1946.)
- HEIDLER (H.). — La rétroversoflexion de l'utérus est-elle une maladie ? (*Wien. Klinik. Woch.*, 17 janvier 1947.)
- JACQUET et GIRODE. — La gastralgie pure d'origine utérine. (*Presse Médicale*, 25 juillet 1928.)
- KLOTZ. — Troubles digestifs et glandes endocrines. (*E.M.C.*, tome X, p. 9089.)
- LAROCHE. — Le foie et les hormones sexuelles. (*Revue Internat. d'Hépatologie*, 1953, 3, 6, 779 à 783.)
- LOUROS et KAIRIS. — Les troubles de la fonction ovarienne et l'hépatocholécystopathie associée à une rétroversion de l'utérus. (*British Medical Journal*, 5 juillet 1952.)
- LOUROS (N.C.). — Les facteurs hépato-biliaires dans la pathogénie des troubles endocriniens consécutifs aux rétrodéviation utérines. (*Congrès International Jubilaire de la Société Française de Gynécologie*, 1951.)
- LAGRAVINÈSE. — Spasme du tube digestif dans l'ovarite scléro-kystique. (*Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1930, t. XXII, pp. 8 à 22.)
- LANVIN. — Procédé d'hystéropexie indirecte intra-péritonéal. (*Revue du Praticien*, 10 avril 1950, pp. 1272-1273.)
- Incidences gynéco-obstétricales des rétrodéviation et de leur traitement chirurgical. (*R.M.F.*, avril 1958.)
 - Aspects cyto-hormonaux des rétroversions utérines. (*Revue du Praticien*, 21 juillet 1952, p. 221.)

- LAROCHE (G.). — Le foie et les hormones sexuelles. (*Revue Internationale d'Hépatologie*, 1953, 3-6, 579-601.)
- LOEPER et BINET. — La sympathie cholécysto-ovarienne. (*Progrès Médical*, 1939.)
- LOEPER, LEMAIRE et TAUZIN. — Action expérimentale des hormones femelles sur la bile et l'intestin. (*Compte Rendu de la Société de Gynécologie*, 1934.)
- LOEPER et FAUR. — Dyspepsie et ovaire. (*Le Progrès Médical*, 22 avril 1939.)
- LOCKWOOD. — Tube digestif et fonctions endocrines. (*Journal of Medicine*, octobre 1925.)
- LECACHEUX. — *Thèse*, Paris, 1927.
- LEDERER (M.J.). — Réactions vésiculaires hyperfolliculiniques. (*Acta Gastro-Enterologica Belgica*, janvier 1946.)
- MASCHAS. — Action des hormones sexuelles sur le côlon isolé de cobaye. (*C.R. Société de Biologie*, 22 mars 1941.)
- MASSION et LÉONARD. — Voies biliaires et gonades féminines et masculines. (*Revue Internationale d'Hépatologie*, 1953, 3, 6, 462-492.)
- MÉRIEL (E.). — Les interdépendances réactionnelles ovaro-digestives. (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1947, n° 4.)
- MONGES et VAGUE. — Les manifestations rectales d'origine génitale chez la femme. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 31 mars 1943.)
- MORICARD. — *Hormonologie sexuelle*. (Paris, Masson édit.)
- MURET. — De la localisation habituelle ou paradoxale de certaines douleurs en gynécologie. (*Gynéc. et Obst.*, Paris, 1923, VII, n° 2.)
- OLMER, GASCARD, GROS. — *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1951, 27, p. 2591.
- PARTURIER (M.). — Les syndromes hépato-endocriniens. (Paris, 1935.)
- PERBOYRE (J.G.P.). — Troubles digestifs et hyperfolliculinie. (*Thèse*, Bordeaux, 1947, n° 87.)
- PERRAULT et KLOTZ. — Les syndromes hyperfolliculiniques. (*Semaine des Hôpitaux*, 1953, p. 3101.)

- PRON (L.). — Les rapports pathologiques entre l'intestin et l'appareil génito-urinaire. (*Le Concours Médical*, 13 février 1927.)
- RACHET et MUFFANG. — Appareil génital féminin et intestin. (*Semaine des Hôpitaux*, 28 février 1953, n° 15.)
- RACHET, CHIRAY et MASCHAS. — Glandes sexuelles et colopathies. In : « Maladies de l'intestin et du péritoine ». (Paris, Flammarion édit.)
- REILLY et coll. — Le rôle du système neuro-végétatif dans la genèse des lésions intestinales. (*Annales de Médecine*, avril 1935.)
- RAMON (Hélène). — Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif. (*Thèse*, Paris, 1945, n° 21.)
- ROBERT. — Les rétroversions utérines. (*Concours Médical*, 26 avril 1952.)
- ROUHIER. — Les déviations utérines. (*Semaine des Hôpitaux*, 18 octobre 1952.)
- SIECKMAN. — Sur la question des actions déterminées par les hormones sexuelles sur le tractus gastro-intestinal.
- SIMONNET. — La folliculine en physiologie normale et pathologique. (Paris, Masson édit., 1939.)
- SÉGUY. — *Revue de Médecine Française*, décembre 1934.
- TRIANTAFILLOPOULOS. — Les tests hépatiques du syndrome hépato-génital consécutif à la rétrodéviations de l'utérus. (*C.R. Soc. Franç. de Gynécologie*, décembre 1951, n° 9.)
- TOUSSAINT. — L'ovaire et l'état hormonal dans les rétrodéviations de l'utérus. (*Thèse*, Paris, 12 janvier 1948, n° 28.)
- VOET. — Contribution à l'étude de l'influence de la folliculine et de la lutéine sur l'activité intestinale. (*Le Scalpel*, 1944, n° 14, pp. 179 à 189.)
- VERCESI. — Le syndrome génito-côlitique. (*Congrès de la Société Française de Gynécologie*, 1951.)
- WAHL. — Troubles digestifs et glandes endocrines. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.)

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
